

## پیش بینی اقدام به رفتار خود جرحی در مردان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بر اساس سطوح تحمل آشفتگی و دلسوزی به خود

سجاد بشرپور<sup>۱\*</sup>، سجاد خانجانی<sup>۲</sup>، علی اکبر فروغی<sup>۲</sup>

گروه روان شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران؛ <sup>۲</sup>دانشجو، گروه روان شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران، تهران، ایران.

تاریخ دریافت: ۹۴/۱۰/۱۶ تاریخ پذیرش: ۹۵/۳/۹

### چکیده:

زمینه و هدف: رفتارهای خود جرحی در مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی یکی از علایم مهم این اختلال بوده و با پیامدهای مضر همراه می شود. پژوهش حاضر با هدف بررسی پیش بینی اقدام به رفتار خود جرحی در مردان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بر اساس سطوح تحمل آشفتگی و دلسوزی به خود انجام گرفت.

روش بررسی: روش پژوهش حاضر توصیفی و از نوع همبستگی بود. کلیه مردان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی که در نیمه اول سال ۱۳۹۳ به بخش روان پزشکی بیمارستان امام سجاد (ع) تهران مراجعه کرده بودند، جامعه آماری پژوهش حاضر را تشکیل دادند. از بین جامعه آماری فوق، تعداد ۹۴ نفر به روش نمونه گیری غیر احتمالی در دسترس انتخاب شده و بعد از مصاحبه بالینی، پرسشنامه خود آسیبی عمدی و مقیاس های تحمل آشفتگی و دلسوزی به خود را تکمیل کردند. سپس داده های به دست آمده نیز با استفاده از روش همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه با نرم افزار SPSS تحلیل شد.

یافته ها: نتایج نشان داد رفتارهای خود جرحی با نمره کلی تحمل آشفتگی ( $r = -0.26$ ,  $P < 0.012$ ) و نمره کلی دلسوزی به خود ( $r = -0.31$ ,  $P < 0.002$ ) رابطه منفی دارد. نتایج تحلیل رگرسیون نیز نشان داد که ۱۳٪ از کل واریانس رفتارهای خود جرحی به وسیله تحمل آشفتگی ( $F = 3.23$ ,  $P < 0.01$ ) و ۳۱٪ آن به وسیله دلسوزی به خود ( $F = 6.55$ ,  $P < 0.001$ ) پیش بینی می شود.

نتیجه گیری: نتایج این پژوهش نشان داد که عدم تحمل آشفتگی و دلسوزی به خود پایین می تواند رفتارهای خود جرحی را در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی پیش بینی کند.

واژه های کلیدی: تحمل آشفتگی، دلسوزی به خود، رفتارهای خود جرحی، اختلال شخصیت مرزی، مردان.

### مقدمه:

خلقی، یکسان گزارش شده است (۲). با این وجود، درمانگران بیماران مبتلا به اختلالات خلقی را درمان پذیر و بیماری های فراخوان همدلی می دانند، در حالی که بیماران مبتلا به شخصیت مرزی را بیشتر مشکل آفرین و مسئول در برابر کنترل کردن رفتارهای خودکشی خود می دانند (۳). در حدود ۲۶-۱۰٪ از افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی سابقه اقدام به خودکشی دارند (۴،۵).

اختلال شخصیت مرزی (Borderline personality)

با الگوی فراگیر بی ثباتی در روابط میان فردی، خود انگاره، عواطف و تکانش گری مشخص می شود (۱). این اختلال با افزایش خطر آسیب به خود همراه است و احتمال اقدام به خودکشی و خود جرحی غیر خودکشی گرا (Non suicidal self-injury) در افراد مبتلا به این اختلال بالا است. میزان مرگ و میر ناشی از خودکشی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی با اختلال های

\*نویسنده مسئول: اردبیل - دانشگاه محقق اردبیلی - گروه روان شناسی - تلفن: ۰۹۱۴۱۴۰۲۲۱۲، E-mail: basharpoor\_sajjad@uma.ac.ir

رفتارهای خود جرحی غیر خودکشی گرا به طبقه ای از رفتارها اطلاق می شود که با آسیب عمدی و مستقیم به بخشی از بافت بدن همراه است و باعث خونریزی، کبودی یا درد می شود؛ بدون این که هدف خودکشی وجود داشته باشد و این رفتار از لحاظ اجتماعی قابل قبول نیست (۱). خود جرحی غیر خودکشی گرا از طریق روش هایی مانند بریدن پوست، سوزاندن، سیخ زنی، ضربه زدن، خراش دادن یا خالکوبی انجام می شود، اگرچه بریدگی پوست شایع ترین روش خود جرحی گزارش شده است (۷،۶). شیوع رفتار خود جرحی غیر خودکشی گرا در مطالعات مختلف به طور قابل توجه ای متغیر است، به گونه ای که در نمونه های نوجوان و بزرگسال جامعه، دامنه شیوع آن از ۱۳٪ تا ۴۵٪ گزارش شده است (۸-۱۰). شیوع این رفتارهای خود جرحی در جمعیت های بالینی ۶۷-۳۸٪ گزارش شده است (۱۱) و به طور خاص شیوع این رفتارها در مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی بالا است (۱۵-۱۲).

پژوهش نشان داده است که رفتار خود جرحی غیر خودکشی گرا پیش بین قوی اقدام به خودکشی در آینده محسوب می شود (۱۷،۱۶). با وجود همبودی اقدام به خودکشی و خود جرحی غیر خودکشی گرا، در بسیاری از تحقیقات برای این رفتارها پدیدارشناسی متمایزی در نظر گرفته می شود و روش های اقدام و میزان مرگ در این دو مورد متفاوت است (۱۶،۱۵). انگیزه رفتارهای خود جرحی غیر خودکشی گرا با تنظیم هیجان مرتبط است، در حالی که انگیزه افرادی که اقدام به خودکشی می کنند، با هدف پایان دادن به زندگی خود یا به منظور ایجاد تغییر در دیگران است (۱۷). اقدام به خودکشی با فراوانی کمی اتفاق می افتد؛ اما خود جرحی غیر خودکشی گرا به صورت مزمن و با فراوانی بالایی روی می دهد و زمانی که به صورت کامل انجام می گیرد با آرامش و تسکین همراه است (۱۸). راهنمای طبقه بندی تشخیصی و آماری اختلال های روانی - ویراست پنجم (DSM-V) در

جهت تمایز قایل شدن بین این دو رفتار، پدیده خود جرحی غیر خودکشی گرا را به عنوان سندرمی که نیازمند مطالعه بیشتر است معرفی کرده است (۱). خود جرحی غیر خودکشی گرا یک هشدار جدی محسوب می شود؛ زیرا با اختلال های روانپزشکی زیادی همراه است و خطر خودکشی را افزایش می دهد (۱۹،۲۰).

افرادی که به رفتارهای خود جرحی غیر خودکشی گرا اقدام می کنند، در تنظیم هیجان ها، تحمل آشفتگی، شناسایی و بیان هیجان های خود مشکل دارند (۲۱). مطالعاتی که در مورد این افراد صورت گرفته است، سطح بالاتری از هیجان های منفی، آشفتگی هیجانی ذهنی و واکنش پذیری فیزیولوژیکی فزاینده نسبت به استرس را نشان داده اند (۲۲). همچنین، سطح خود انتقادگری در این افراد بسیار بالا گزارش شده است (۲۳).

در کل، دلایل وقوع خود جرحی غیر خودکشی گرا از فردی به فرد دیگر متفاوت است و ممکن است چندین انگیزه همزمان با هم وجود داشته باشد. با این وجود به نظر می رسد که خود جرحی اغلب به دلیل نیاز به تنظیم حالت های عاطفی منفی، تنبیه خود و تأثیر گذاشتن بر دیگران یا ارتباط با آن ها روی می دهد (۲۲). این انگیزه ها در کار با افرادی که دست به خود جرحی می زنند باید مورد توجه قرار گیرد. در نتیجه نیاز به کمک به این افراد برای تنظیم بهتر هیجان های منفی و تحمل آشفتگی و همچنین، شیوه های بهتر برقراری ارتباط و برخورد با خود، پذیرش خود و شفقت به خود در این جا پررنگ تر می شود.

تحمل آشفتگی (Distress tolerance) به چگونگی پاسخ دهی افراد به عواطف منفی و توانایی آن ها در تحمل حالت های درونی ناخوشایند تعریف شده است (۲۴). یافته های به دست آمده از نمونه های مبتنی بر جامعه و روان پزشکی نشان می دهد که تحمل آشفتگی به طور معکوس با طیفی از رفتارهای ناسازگارانه مانند، رفتار ضد اجتماعی، قمار بازی بیمارگون (Pathological gambling)، خود آسیب زنی عمدی، رفتارهای پرخوری و به طور قابل توجه ای

مصرف الکل و مواد رابطه دارد (۲۵). تحمل آشفتگی با حساسیت اضطرابی و عدم تحمل ابهام رابطه منفی دارد و همچنین، با نشانه های وسواس فکری- عملی، اضطراب جدایی و اضطراب فراگیر در افراد مبتلا به اختلالات مربوطه مرتبط است (۲۶). مطالعات پیشین نشان داده اند که عدم تحمل آشفتگی عامل مهمی در افزایش و حفظ رفتارهای خود جرحی غیر خودکشی گرا است (۲۷، ۲۸). سطوح پایین تحمل آشفتگی با اختلال شخصیت مرزی ارتباط دارد و رابطه عاطفه منفی را با این اختلال میانجی می کند (۲۹، ۳۰). از سوی دیگر، تحمل آشفتگی یکی از عوامل میانجی مهم و اساسی در رابطه اختلال شخصیت مرزی و خودکشی است که به عنوان مولفه ی مهمی در رفتار درمانی دیالکتیک به منظور کاهش رفتارهای خودکشی در بیماران مبتلا به این اختلال که به گونه ای مزمن درگیر این رفتارها هستند، در نظر گرفته می شود (۳۱).

متغیر دیگری که تصور می شود با خود جرحی غیر خودکشی گرا رابطه دارد، دلسوزی به خود (Self-compassion) است. دلسوزی به خود، با وجود این که یک مفهوم نسبتاً جدیدی در زمینه های بالینی، شخصیت و روان شناسی اجتماعی است؛ اما در حال حاضر مورد توجه زیاد پژوهشگران قرار گرفته است (۳۲). Neff، دلسوزی به خود را این گونه تعریف می کند «گشوده بودن و همراه شدن با رنج های خود، تجربه ی حس مراقبت و مهربانی نسبت به خود، اتخاذ نگرش غیر داورانه و همراه با درک و فهم نسبت به بی کفایتی ها و شکست های خود و تشخیص این که تجربه ی فرد بخشی از تجربه ی بشری است». Neff، سه مولفه را برای دلسوزی به خود در نظر گرفته است: الف) مهربانی به خود در برابر خود دآوری؛ ب) وجه مشترک انسانی در برابر انزوا؛ ج) ذهن آگاهی در برابر همانندسازی افراطی (۳۳، ۳۴). Germer، ارتباط بین ذهن آگاهی و دلسوزی به خود را این گونه توصیف می کند: ذهن آگاهی بیان می کند که «درد را احساس کن» و دلسوزی به خود می گوید «در زمان درد خودت

را تسلی ده»، بنابراین می توان گفت دلسوزی به خود نوعی پذیرش است (۳۵).

شواهد روز افزونی نشان می دهد که دلسوزی به خود با بهزیستی روان شناختی رابطه دارد و به عنوان عامل محافظتی مهمی در نظر گرفته می شود که تاب آوری هیجانی را ارتقاء می دهد. یافته های متعدد نشان می دهند که دلسوزی به خود بالاتر با اضطراب و افسردگی کمتر همراه است (۳۶). دلسوزی به خود به طور مثبتی با رضایت از زندگی، شادکامی، خوش بینی، خرد، ابتکار شخصی، خلاقیت و به طور منفی با افسردگی، اضطراب، عاطفه منفی، نشخوار ذهنی و سرکوب فکر رابطه دارد (۳۷). نتایج مطالعه Akin و Akin نشان داد که دلسوزی به خود می تواند امنیت اجتماعی را در دانشجویان پیش بینی کند (۳۸). همچنین، دلسوزی به خود به عنوان پیش بینی کننده منفی نشانگان روان شناختی از جمله کمال گرایی مفرط، نشخوار فکری و سرکوب افکار است (۳۹). نتایج یک فراتحلیل یک رابطه با اندازه اثر قوی بین دلسوزی به خود و آسیب شناسی روانی نشان داد (۴۰). نتایج مطالعه بشرپور و همکاران نشان داد که انگیزش درمان افراد وابسته به مواد، رابطه معنی دار و مستقیمی با مهربانی به خود، خود دآوری، وجه مشترک انسانی، انزوا، ذهن آگاهی و همانند سازی بیش از حد دارد (۴۱). دلسوزی به خود کاهش نشانه های استرس پس از سانحه، افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه را که تحت درمان بوده اند، میانجی کرده است (۴۲). در پژوهش های دیگر، دلسوزی به خود با نشانه های شخصیت مرزی در نمونه های بالینی و غیر بالینی رابطه منفی داشت (۴۳، ۴۴).

با وجود این که مطالعات زیادی رابطه ی تحمل آشفتگی و دلسوزی به خود را با برخی شاخص های بهداشت روانی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مورد بررسی قرار داده اند، ولی نقش این متغیرها در رفتارهای خود جرحی غیر خودکشی گرای مبتلایان به این اختلال کمتر مورد مطالعه قرار گرفته است. با توجه

به این که رفتارهای خود جرحی یکی از آسیب زا ترین علائم مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی است، تعیین عوامل پیش بینی کننده آن می تواند گام مهمی در جهت مداخله در این علائم باشد، با توجه به اهمیت این موضوع، مطالعه حاضر با هدف تعیین نقش تحمل آشفتگی و دلسوزی به خود در پیش بینی رفتارهای خود جرحی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی انجام گرفت.

### روش بررسی:

مطالعه حاضر به روش توصیفی و از نوع همبستگی انجام گرفت. جامعه آماری این مطالعه شامل کلیه مردان ۳۰-۱۸ سال مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بود که در نیمه اول سال ۱۳۹۳ به بخش روان پزشکی بیمارستان امام سجاد (ع) ناجا مراجعه کردند. با توجه به قانون حداقل حجم نمونه در تحقیقات همبستگی که ۱۰۰ نفر ذکر شده و همچنین قانون لزوم انتخاب ۱۰ نفر نمونه به ازای هر متغیر پیش بین در تحلیل رگرسیون، در این پژوهش ۱۰۰ نفر با استفاده از روش نمونه گیری غیر احتمالی در دسترس انتخاب شدند (۴۵)، اما با توجه به عدم دقت ۶ نفر از شرکت کنندگان پژوهش در تکمیل کردن پرسشنامه ها و شیوع پایین این اختلال، نمرات ۹۴ نفر از شرکت کنندگان پژوهش مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

روش جمع آوری اطلاعات در این پژوهش به این صورت بود که ابتدا از مراجعانی که با شکایت از رفتارهای خود جرحی مکرر به بخش روان پزشکی بیمارستان امام سجاد (ع) ناجا شهر تهران مراجعه کرده بودند، مصاحبه بالینی ساختار یافته به مدت حداقل ۳۰ دقیقه توسط روان پزشکان مرکز که حداقل چندین سال سابقه کار در این بخش را دارند، جهت تأیید تشخیص اختلال شخصیت مرزی انجام گرفت. بعد از تأیید تشخیص داده شده، مصاحبه بالینی ساختار یافته توسط پژوهشگر گرفته شد و از شرکت کنندگان

خواسته شد تا پرسشنامه خود-آسیب زنی عمدی و مقیاس های تحمل آشفتگی و دلسوزی به خود را تکمیل کنند. تشخیص اختلال شخصیت مرزی بر اساس نظر روان پزشک و روان شناس بر اساس مصاحبه بالینی ساختار یافته، سابقه اقدام به رفتارهای خود جرحی در یک سال اخیر، تحصیلات حداقل سوم راهنمایی ملاک های ورود آزمودنی ها به مطالعه حاضر بود. معیارهای خروج نیز شامل موارد زیر بود: عدم همکاری در مطالعه و ابتلا به اختلالات طیف اسکیزوفرنی و روان پریشی دیگر، اختلال دوقطبی و ناتوانی عقلی. در ضمن، در این پژوهش اختلالات بالینی همراه و به ویژه اختلال مصرف مواد مدنظر قرار گرفته است و در پژوهشی دیگر نتایج آن منتشر خواهد شد. فرایند جمع آوری نمونه و اجرای پژوهش ۸ ماه به طول انجامید. در این پژوهش، تمام آزمودنی ها برای شرکت در پژوهش آزادی کامل داشته و قبل از تکمیل پرسشنامه جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، اهداف پژوهش به آن ها توضیح داده شد و به آن ها اطمینان داده شد که اطلاعات جمع آوری شده به صورت گروهی تحلیل خواهد شد.

۱- مصاحبه بالینی ساختار یافته: مصاحبه بالینی ساختار یافته بر اساس ملاک های تشخیصی ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی برای اختلال شخصیت مرزی جهت تأیید تشخیص انجام گرفته توسط روان پزشک انجام گرفت (۱).

۲- پرسشنامه خود-آسیب زنی عمدی (The Deliberate Self-Harm Inventory): این ابزار یک پرسشنامه ی خود گزارشی ۱۷ آیتمی است که تاریخچه رفتارهای خود-آسیبی عمدی به خود را در طول زندگی ارزیابی می کند و شامل: فراوانی، مدت و نوع رفتار خود آسیب رسان (شامل بریدن، سوزاندن، خالکوبی، شکستن استخوان و غیره) می باشد. در این ابزار از آزمودنی درخواست می شود، به مجموعه سوالاتی درباره انواع رفتارهای خود-آسیبی به صورت بلی یا خیر پاسخ دهد. پایایی بازآزمایی ۰/۹۲ و ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۸۲ گزارش شده است (۴۶).

همچنین، با سایر ابزارهای خود آسیمی به طور معنی داری همبستگی داشته است (۴۶). پایایی بازآزمایی و اعتبار سازه، همگرا و واگرا این پرسشنامه در نمونه های دانشجویان دوره کارشناسی و بیماران، مناسب گزارش شده و این پرسشنامه در تحقیقات گذشته نیز به طور وسیع مورد استفاده قرار گرفته است (۴۶-۴۸). ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در آزمودنی های مطالعه حاضر ۰/۶۷ به دست آمد.

### ۳- مقیاس تحمل آشفتگی (Distress tolerance):

مقیاس تحمل آشفتگی که به وسیله ی Simons و Gaher ساخته شده یک ابزار خود گزارشی ۱۵ آیتی است که در آن از آزمودنی ها خواسته می شود میزان موافقت یا مخالفت خود با جملات این پرسشنامه را در مقیاس لیکرت ۵ نقطه ای از کاملاً موافق هشتم (۱) تا کاملاً مخالف هشتم (۵) درجه بندی کنند. نمره بالاتر نشان دهنده میزان بالای تحمل آشفتگی در فرد است. چهار شکل تحمل آشفتگی به وسیله این مقیاس ارزیابی می شود: تحمل، ارزیابی، جذب و تنظیم. تحمل آشفتگی با ابزارهای آشفتگی عاطفی ( $r=-0/59$ ) و با بد تنظیمی ( $r=-0/51$ ) رابطه منفی و با ابزارهای هیجان پذیری مثبت رابطه مثبت معنی دار ( $r=0/26$ ) نشان داده است. ضرایب آلفای کرونباخ خرده مقیاس های تحمل، ارزیابی، جذب و تنظیم به ترتیب ۰/۷۳، ۰/۸۴، ۰/۷۷، ۰/۷۴ به دست آمده است (۴۹). ضریب آلفای کرونباخ نسخه فارسی خرده مقیاس های تحمل، ارزیابی، جذب و تنظیم به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۰، ۰/۷۷، ۰/۷۵ بود (۵۰). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ خرده مقیاس های تحمل، ارزیابی، جذب و تنظیم به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۸۵، ۰/۷۲، ۰/۷۳ بود.

۴- مقیاس دلسوزی به خود: این ابزار یک مقیاس خود گزارشی ۲۶ سوالی است که توسط Neff در سال ۲۰۰۳ ساخته شد. این مقیاس ۶ خرده مقیاس مهربانی به خود (۵ آیت)، خود دآوری (۵ آیت)، وجه مشترک انسانی (۴ آیت)، انزوا (۴ آیت)، ذهن آگاهی

(۴ آیت) و همانندسازی بیش از حد (۴ آیت) را در بر می گیرد. آزمودنی ها به سوالات این مقیاس در مقیاس لیکرت ۵ نقطه ای از صفر (تقریباً هرگز) تا چهار (تقریباً همیشه) پاسخ می دهند. میانگین نمرات این ۶ خرده مقیاس نیز (با احتساب نمرات معکوس) نمره کلی دلسوزی به خود را به دست می دهد. پژوهش های مربوط به اعتباریابی مقدماتی این مقیاس نشان داده اند همه این ۶ خرده مقیاس همبستگی درونی بالایی دارند و تحلیل های عاملی تأییدی نیز نشان داده اند که یک عامل مجزای دلسوزی به خود این همبستگی درونی را تبیین می کند. ثبات درونی این مقیاس در تحقیقات گذشته ۰/۹۲ و پایایی بازآزمایی آن نیز ۰/۹۳ بوده است (۳۵). نتایج مطالعه بشرپور، از ساختار ۶ عاملی این مقیاس با روش تحلیل عاملی تأییدی در نمونه ی ایرانی حمایت کرد ( $CFI=0/92$ ,  $GFI=0/94$ ,  $RMSEA=0/09$ ). نتایج ضریب همبستگی ارتباط منفی معنی داری را بین دلسوزی به خود با افسردگی و ویژگی های شخصیتی به ویژه صفت روان رنجورخویی آشکار کرد. ضریب آلفای کرونباخ خرده مقیاس های این مقیاس نیز در دامنه ۰/۶۱ برای همانند سازی بیش از حد تا ۰/۸۹ برای ذهن آگاهی گزارش شده است (۵۱).

داده های به دست آمده، با آزمون های همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه با روش ورود و با استفاده از SPSS تحلیل شد.

### یافته ها:

در پژوهش حاضر دامنه ی سنی مجموع ۹۴ آزمودنی که در این مطالعه شرکت کردند، ۱۸-۳۰ سال و انحراف معیار  $\pm$  میانگین سن آن ها  $22/77 \pm 2/83$  بود. جدول شماره ۱ فراوانی و درصد آزمودنی های شرکت کننده در پژوهش را بر اساس وضعیت تحصیلی، وضعیت اشتغال و درآمد خانواده نشان می دهد.

## جدول شماره ۱: ویژگی های جمعیت شناختی آزمودنی ها

متغیر	فراوانی	درصد
ابتدایی	۵	۵/۳۱
وضعیت تحصیلی	۴۸	۵۱/۰۶
دبیرستان	۳۸	۴۰/۴۲
کارشناسی	۳	۳/۱
آزاد	۱۶	۱۷/۰۳
وضعیت اشتغال	۷	۷/۴۴
بیکار	۷۱	۷۵/۵۳
کمتر از ۸۰۰ هزار	۲۵	۲۶/۶
در آمد خانواده	۵۵	۸۵/۵
۱۵۰۰۰۰-۸۰۰۰۰۰	۱۰	۱۰/۶
بیشتر از دو میلیون	۴	۴/۳

جدول شماره ۲ توزیع فراوانی و درصد

آزمودنی ها را بر اساس نوع رفتار خود جراحی ارتکابی نشان می دهد.

## جدول شماره ۲: توزیع فراوانی و درصد آزمودنی ها

رفتار خود آسیب رسان	فراوانی	درصد
بریدگی	۹۲	۹۷/۸
سوزاندن پوست با سیگار	۴۵	۴۷/۸
سوزاندن پوست با فندک یا کبریت	۱۹	۲۰
خالکوبی کلمات روی پوست	۵۳	۵۶
خالکوبی طرح یا نشانه روی پوست	۵۳	۵۶
خراش دادن	۸۹	۹۴/۶
پارگی پوست	۷۳	۷۷/۶
مالیدن کاغذ سنباده روی پوست	۱۱	۱۱/۷
پاشیدن اسید روی پوست	۳	۳/۱
استفاده از مواد شیمیایی مضر برای تمیز کردن پوست	۱۳	۱۳/۸
سیخ زنی پوست	۲۷	۲۸/۷
فرو کردن شیشه در پوست	۵۸	۶۱/۷
شکستن استخوان	۱۸	۱۹/۱
کوبیدن محکم سر به چیزی	۷۸	۸۲/۹
مشت زدن به خود یا اشیا دیگر	۷۴	۷۸/۷
مانع بهبود زخم های خود شدن	۴۷	۵۰
سایر روش ها	۳۱	۳۲/۹

## جدول شماره ۳: میانگین، انحراف معیار و ضرایب همبستگی نمرات آزمودنی ها در متغیرهای دلسوزی به خود،

## عدم تحمل آشفته گی و خود جراحی

متغیرها	M	SD	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳
۱. تحمل	۵/۲۰	۲/۵۴	۰/۴۴#	۰/۵۹#	۰/۱۷	۰/۶۸#	۰/۱۳	-۰/۱۲	۰/۰۴	-۰/۲۲*	۰/۲۴*	-۰/۰۸	۰/۱۴	-۰/۱۰
۲. ارزیابی	۱۴/۷۵	۴/۱۵	۰/۴۳#	۰/۴۸#	۰/۸۴#	۰/۰۶	-۰/۱۹	۰/۱۴	-۰/۳۷#	۰/۲۷#	-۰/۰۰	۰/۲۵*	-۰/۲۹#	-۰/۲۹#
۳. جذب	۶۷۶	۲/۵۷	۰/۳۶#	۰/۷۴#	-۰/۰۲	-۰/۰۴	۰/۰۱	-۰/۰۸	۰/۰۸	۰/۱۱	-۰/۱۳	۰/۱۱	-۰/۲۷*	-۰/۲۷*
۴. تنظیم	۷/۰۸	۳/۴۵	۰/۷۱#	-۰/۱۴	-۰/۰۲	-۰/۱۸	-۰/۱۹	۰/۲۸#	۰/۰۳	۰/۲۲*	-۰/۱۱	۰/۲۲*	-۰/۱۱	-۰/۱۱
۵. تحمل آشفته گی	۳۳/۸۰	۹/۵۷	۰/۰۱	-۰/۱۳	۰/۰۱	-۰/۳۰#	۰/۱۰	-۰/۰۵	۰/۱۰	۰/۱۰	-۰/۰۵	۰/۱۰	-۰/۲۶*	-۰/۲۶*
۶. مهربانی به خود	۱۱/۸۱	۵/۶۱	-۰/۱۶	۰/۶۸#	۰/۰۳	۰/۶۱#	۰/۰۳	۰/۶۱#	۰/۰۳	۰/۶۱#	۰/۰۳	۰/۶۱#	۰/۶۵#	-۰/۴۴*
۷. خود- قضاوتی	۱۷/۴۳	۳/۹۹	-۰/۰۱	-۰/۰۱	۰/۲۸#	-۰/۱۸	-۰/۱۸	۰/۳۵#	۰/۴۸#	۰/۲۸#	۰/۴۸#	۰/۲۸#	۰/۲۸#	۰/۲۸#
۸. وجه مشترک	۹/۸۷	۴/۰۶	۰/۲۱*	۰/۶۳#	-۰/۱۲	-۰/۱۲	-۰/۱۲	۰/۶۳#	۰/۶۳#	۰/۶۳#	۰/۶۳#	۰/۶۳#	۰/۶۳#	-۰/۲۶*
۹. انزوا	۱۳/۵۷	۳/۲۴	۰/۲۱*	۰/۲۹#	-۰/۱۶	-۰/۱۶	-۰/۱۶	۰/۲۹#	۰/۲۹#	۰/۲۹#	۰/۲۹#	۰/۲۹#	۰/۲۹#	۰/۲۹#
۱۰. ذهن آگاهی	۹/۵۷	۳/۷۹	۰/۰۸	۰/۰۸	۰/۰۸	۰/۰۸	۰/۰۸	۰/۰۸	۰/۰۸	۰/۰۸	۰/۰۸	۰/۰۸	۰/۰۸	-۰/۲۴*
۱۱. همانندسازی	۱۳/۱۷	۳/۴۳	۰/۴۷#	-۰/۴۷#	۰/۰۴	۰/۰۴	۰/۰۴	۰/۰۴	۰/۰۴	۰/۰۴	۰/۰۴	۰/۰۴	۰/۰۴	۰/۰۴
۱۲. دلسوزی به خود	۶۳/۸۰	۱۳/۲۵	۸/۳۸	۲/۷۰	۲/۷۰	۲/۷۰	۲/۷۰	۲/۷۰	۲/۷۰	۲/۷۰	۲/۷۰	۲/۷۰	۲/۷۰	-۰/۳۱#
۱۳. خود جراحی	۸/۳۸	۲/۷۰	۲/۷۰	۲/۷۰	۲/۷۰	۲/۷۰	۲/۷۰	۲/۷۰	۲/۷۰	۲/۷۰	۲/۷۰	۲/۷۰	۲/۷۰	-۰/۳۱#

\* $P < 0.05$  #  $P < 0.01$

نتایج جدول شماره ۳ نشان می دهد که رفتارهای خود جراحی با نمره کلی تحمل آشفستگی ( $t=-0/26$ ,  $P=0/012$ ) و مولفه های ارزیابی ( $t=-0/29$ ,  $P=0/005$ )، جذب ( $t=-0/27$ ,  $P=0/010$ ) و نمره کلی دلسوزی به خود ( $t=-0/31$ ,  $P=0/002$ ) و مولفه های ذهن آگاهی ( $t=-0/44$ ,  $P=0/022$ ) و مهربانی به خود ( $t=-0/44$ ,  $P=0/009$ ) و وجه مشترک انسانی ( $t=-0/26$ ,  $P=0/009$ ) رابطه منفی ولی با خود داوری ( $t=0/28$ ,  $P=0/006$ ) و انزوا ( $t=0/26$ ,  $P=0/011$ ) رابطه مثبت دارد.

نتایج جدول شماره ۴ نشان می دهد که ۱۳٪ از کل واریانس رفتارهای خود جراحی به وسیله تحمل آشفستگی پیش بینی می شود. نسبت F نیز نشان می دهد که مدل رگرسیون رفتارهای خود جراحی بر اساس تحمل آشفستگی معنی دار است ( $F=3/23$ ,  $P<0/01$ ). نتایج ضرایب رگرسیون نیز نشان داد که از بین مولفه های

تحمل آشفستگی فقط  $t$  حاصل از ارزیابی ( $P<0/02$ ), ( $t=2/33$ ) و جذب ( $P<0/03$ ,  $t=3/13$ ) در پیش بینی رفتارهای خود جراحی افراد مبتلا به شخصیت مرزی از لحاظ آماری معنی دار است، یعنی فقط این دو مولفه به صورت معنی دار این رفتارها را پیش بینی کنند. با توجه به جدول شماره ۴، ۳۱٪ از کل واریانس رفتارهای خود جراحی به وسیله دلسوزی به خود پیش بینی می شود. نسبت F نشان می دهد که مدل رگرسیون رفتارهای خود جراحی بر اساس دلسوزی به خود معنی دار است ( $F=6/55$ ,  $P<0/001$ ). نتایج ضرایب رگرسیون نیز نشان می دهد که از بین مولفه های دلسوزی به خود فقط  $t$  حاصل از مهربانی به خود ( $P<0/01$ ,  $t=3/23$ ) و انزوا ( $P<0/006$ ,  $t=2/80$ ) معنی دار است، یعنی فقط این دو مولفه به صورت معنی دار رفتارهای خود جراحی را پیش بینی می کنند.

#### جدول شماره ۴: نتایج تحلیل رگرسیون رفتارهای خود جراحی بر اساس تحمل آشفستگی و دلسوزی به خود

متغیر پیش بین	R	R <sup>2</sup>	F	Sig of F	B	SE.B	T	P
تحمل آشفستگی	0/36	0/13	3/23	0/01				
مقدار ثابت					5/16	1/04	4/97	0/001
تحمل					-0/19	0/14	-1/38	0/172
ارزیابی					-0/19	0/08	2/33*	0/022
جذب					-0/29	0/14	2/13	0/036*
تنظیم					-0/08	0/09	-0/87	0/387
دلسوزی به خود	0/56	0/31	6/55	0/001				
مقدار ثابت					6/34	1/56	4/06	0/001
مهربانی به خود					-0/19	0/07	2/87	0/005#
خود داوری					0/13	0/07	1/88	0/06
وجه مشترک انسانی					-0/08	0/10	-0/79	0/43
انزوا					0/24	0/08	2/80	0/006#
ذهن آگاهی					0/04	0/09	0/41	0/68
هماندسازی بیش از حد					-0/07	0/083	-0/88	0/38
تحمل آشفستگی و دلسوزی به خود	0/62	0/38	7/34	0/001				
مقدار ثابت					12/90	1/39	9/30	0/001
تحمل آشفستگی					-0/09	0/05	-1/66	0/119
دلسوزی به خود					-0/19	0/013	-2/99	0/002#

#:  $P<0/05$ , \*:  $P<0/01$ .

همچنین، جدول شماره ۴ نشان می دهد که بر اساس نتایج مدل رگرسیون، ۳۸٪ از کل واریانس رفتارهای خود جراحی به وسیله دلسوزی به خود و تحمل آشفتگی پیش بینی می شود. نسبت  $F$  نشان می دهد که مدل رگرسیون رفتارهای خود جراحی بر اساس دلسوزی به خود و تحمل آشفتگی معنی دار است ( $F=7/34, P<0/001$ ). نتایج ضرایب رگرسیون نیز نشان می دهد که از بین نمره کلی دلسوزی به خود و تحمل آشفتگی فقط  $t$  حاصل از دلسوزی به خود ( $t=-2/99, P<0/002$ ) معنی دار است.

## بحث:

پژوهش حاضر با هدف پیش بینی اقدام به رفتار خود جراحی در مردان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بر اساس سطوح تحمل آشفتگی و دلسوزی به خود انجام گرفت. نتایج ضرایب همبستگی نشان داد که نمره ی کلی تحمل آشفتگی و مولفه های جذب و ارزیابی به طور مثبت با رفتارهای خود جراحی رابطه دارند. نتایج تحلیل رگرسیون هم آشکار کرد که ۱۳٪ از کل واریانس رفتارهای خود جراحی به طور منفی به وسیله تحمل آشفتگی پیش بینی می شود. نتایج این مطالعه با مطالعات برخی محققین همسو است (۲۵-۳۱). مطابق نتایج این پژوهش افراد مبتلا به شخصیت مرزی که توانایی تحمل بالایی در برابر تجربه آشفتگی داشته و به راحتی می توانند احساسات آشفتگی و درماندگی خود را ارزیابی و جذب نمایند. به احتمال کمتری به هنگام تجربه هیجانات منفی مثل تنش، اضطراب، سرزنش کردن خود و یا حل کردن مشکلات بین فردی به رفتارهای خود جراحی می پردازند. توانایی پایین برای تحمل عاطفه منفی باعث می شود این افراد برای برطرف کردن حالت هیجانی آزارنده به روش های ناسالمی چون رفتارهای خود جراحی روی بیاورند که خود این امر می تواند حالت خوشایند و لذت بخش ایجاد کند، موجب توجه و کمک از جانب فردی مهم یا ابراز خشم شود که بر اساس نظریه یادگیری برای فرد تقویت مثبت

محسوب می شود. نتایج این مطالعه مزایای بالینی نیز در بر دارد و به طور خاص یافته های این پژوهش از پرداختن به مشکلات مربوط به تحمل آشفتگی در رفتار درمانی دیالکتیک حمایت می کند.

در ارتباط با رابطه دلسوزی به خود و رفتارهای خود جراحی، ضرایب همبستگی نشان داد که رفتارهای خود جراحی با نمره کلی دلسوزی به خود و مولفه های ذهن آگاهی و مهربانی به خود و وجه مشترک انسانی رابطه منفی ولی با خود داوری و انزوا رابطه مثبت دارد. نتایج تحلیل رگرسیون هم نشان داد که ۳۱٪ از واریانس رفتارهای خود جراحی را دلسوزی به خود پیش بینی می کند. این نتایج با نتایج مطالعاتی که نشان داده اند دلسوزی به خود نقش مهمی در آسیب شناسی روانی و بهزیستی روان شناختی ایفا می کند، همسو است (۳۶-۴۴). همچنین، این یافته ها با نتایج تحقیقاتی که نشان داد دلسوزی به خود می تواند به عنوان راهبرد تنظیم هیجانی در نظر گرفته شود که در آن احساس های منفی با آگاهی و مهربانی نگرسته می شود و حسی از تجربه ی مشترک بشری را در فرد پدید می آورد، همسو است (۳۷، ۳۳). افرادی که از دلسوزی به خود بالایی برخوردار هستند، زمانی که رویدادهای منفی را تجربه می کنند، نسبت به خود مهربان هستند و کمتر به قضاوت منفی در مورد خود می پردازند، آن ها تجربه این رویدادها را تجربه ی مشترک بشری می دانند و خود را جدای از دیگران نمی دانند. همچنین، افرادی که دلسوزی به خود بالایی دارند، در برابر رویدادهای منفی، ذهن آگاه هستند و خود را با افکار، احساس ها، رفتارها و حس های بدنی ناشی از رویدادهای منفی همسان نمی دانند و با آن ها همانندسازی افراطی نمی کنند (۳۹). افرادی که خود داوری بالایی دارند، نسبت به خود به گونه ی خصمانه، پر توقع و انتقادگر رفتار می کنند. همچنین، این افراد احساس ها، افکار، تکانه ها، اعمال و ارزش خود را رد می کنند. خود داوری یکی از منابع اصلی رنج است. از سوی دیگر،



افرادی که در زمان تجربه شرایط ناگوار خود را منزوی و جدای از دیگران می دانند؛ وجود، شکست ها و هیجان های خود را شرم آور می دانند و اغلب سعی می کنند خود واقعی خود را مخفی کنند. این افراد احساس می کنند تنها آن ها با بی کفایتی ها یا شکست ها دست و پنجه نرم می کنند. در نتیجه افرادی که خود داوری بالایی دارند و خود را منزوی می دانند و افسردگی بیشتری را نیز تجربه می کنند (۳۹،۳۳). بر همین اساس افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی که به طور ذهن آگاهانه با رویدادهای دردناک برخورد نمی کنند، به خود داوری و سرزنش خود می پردازند و خودشان را تنها فردی می دانند که تا این حد از مشکلات رنج می برند، از رفتارهای خود جرحی به احتمال بیشتری برای توجه برگردانی از رنج حاصل از این تجارب و تسکین دادن خود استفاده می کنند.

### نتیجه گیری:

در مجموع، رفتارهای خود جرحی غیر خودکشی گرا یکی از نگرانی های اصلی در مورد سلامت روانی است که به طور بالقوه با پیامدهای شدیدی همراه است. از سوی دیگر، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که در افراد مبتلا به شخصیت مرزی که تحمل آشفتگی و دلسوزی به خود پایین دارند به احتمال بیشتری دست به رفتارهای خود جرحی غیر خودکشی گرا می زنند. به همین منظور مداخلات موثرتری لازم است تا کارکردهای زیربنایی این رفتارها را که تنظیم هیجان، خود تنبیهی و نیاز به نفوذ بین فردی است را مورد توجه قرار دهد. Van Vliet و Kalnins درمان مبتنی بر دلسوزی را

به عنوان یک گزینه درمانی پیشنهاد کرده اند. آن ها معتقد هستند که از طریق طیف چند مدلی تکنیک های درمان دلسوزی، بیمارانی که خود جرحی دارند از تجربه ی لحظه به لحظه ی خود بهتر آگاه می شوند و تجارب دردناک خود را نیز بهتر می توانند تحمل کنند و شیوه های دلسوزی به خود و خود آرام سازی را در مواجهه با پریشانی هیجانی یاد می گیرند (۵۲). مطالعات نشان داده است که سایر درمان های موج سوم شناختی- رفتاری (مانند، کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی، درمان پذیرش و تعهد) نیز سطح تحمل آشفتگی را در بیماران بالا می برند و دلسوزی به خود و نگرشی غیر قضاوتی را در آن ها پرورش می دهند (۴۰). این یافته ها با نتایج پژوهش حاضر نیز همخوانی دارد. به همین دلیل، پیشنهاد می شود تحقیقات بعدی اثربخشی این مداخلات را با نقش میانجی تحمل آشفتگی و دلسوزی به خود بررسی کنند. منحصر بودن مطالعه حاضر به آزمودنی های سرپایی و مرد، روش نمونه گیری در دسترس و استفاده از طرح تحقیق همبستگی که امکان استخراج نتایج عالی را فراهم نمی کند از محدودیت های اصلی این پژوهش بود. مطالعات بعدی می تواند محدودیت های این مطالعه را نیز مد نظر قرار دهد.

### تشکر و قدردانی:

بدین وسیله از مدیریت محترم بیمارستان امام سجاد (ع) ناجای تهران و پرسنل بخش روان پزشکی آن به خاطر همکاری ارزشمند آن ها در اجرای این پژوهش قدردانی می شود.

### منابع:

1. Association A-AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. USA: DSM-IV, Washington, DC; 1994.
2. Chesney E, Goodwin GM, Fazel S. Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: A meta-review. World Psychiatry. 2014; 13(2): 153-60.

3. Bodner E, Cohen-Fridel S, Mashiah M, Segal M, Grinshpoon A, Fischel T, et al. The attitudes of psychiatric hospital staff toward hospitalization and treatment of patients with borderline personality disorder. *BMC Psychiatry*. 2015; 15: 2-12.
4. Oldham JM. Treatment in psychiatry borderline personality disorder and suicidality. *Am J Psychiat*. 2006; 163(1): 20-6.
5. Schneider B, Wetterling T, Sargk D, Schneider F, Schnabel A, Maurer K, et al. Axis I disorders and personality disorders as risk factors for suicide. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2006; 256(1): 17-27.
6. Klonsky E. Non-suicidal self-injury in United States adults: Prevalence, sociodemographics, topography and functions. *Psychol Med*. 2011; 41(09): 1981-6.
7. Nock MK. Self-injury. *Annu Rev Clin Psychol*.. 2010; 6: 339-63.
8. Hankin BL, Abela JR. Nonsuicidal self-injury in adolescence: Prospective rates and risk factors in a 2 ½ year longitudinal study. *Psychiatry Res*. 2011; 186(1): 65-70.
9. Zetterqvist M, Lundh LG, Dahlstrom O, Svedin CG. Prevalence and function of non-suicidal self-injury (NSSI) in a community sample of adolescents, using suggested DSM-5 criteria for a potential NSSI disorder. *J Abnorm Child Psychol*. 2013; 41(5): 759-73.
10. Swannell SV, Martin GE, Page A, Hasking P, St John NJ. Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: Systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Suicide Life Threat Behav*. 2014; 44(3): 273-303.
11. Heath N, Schaub K, Holly S, Nixon M. Self-injury today: Review of population and clinical studies in adolescents. *Self Identity*. 2009: 9-27.
12. Glenn CR, Klonsky ED. A multimethod analysis of impulsivity in nonsuicidal self-injury. *Personal Disord*. 2010; 1(1): 67-75.
13. Guerry JD, Prinstein MJ. Longitudinal prediction of adolescent nonsuicidal self-injury: examination of a cognitive vulnerability-stress model. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2010; 39(1): 77-89.
14. Muehlenkamp JJ, Ertelt TW, Miller AL, Claes L. Borderline personality symptoms differentiate non-suicidal and suicidal self-injury in ethnically diverse adolescent outpatients. *J Child Psychol Psychiatry*. 2011; 52(2): 148-55.
15. Selby EA, Bender TW, Gordon KH, Nock MK, Joiner Jr TE. Non-suicidal self-injury (NSSI) disorder: A preliminary study. *Personal Disord*. 2012; 3(2): 167.
16. Bryan CJ, Bryan AO, Ray-Sannerud BN, Etienne N, Morrow CE. Suicide attempts before joining the military increase risk for suicide attempts and severity of suicidal ideation among military personnel and veterans. *Compr Psychiatry*. 2014; 55(3): 534-41.
17. Klonsky ED, May AM, Glenn CR. The relationship between nonsuicidal self-injury and attempted suicide: converging evidence from four samples. *J Abnorm Psychol*. 2013; 122(1): 231-7.
18. Andover MS, Morris BW, Wren A, Bruzzese ME. The co-occurrence of non-suicidal self-injury and attempted suicide among adolescents: distinguishing risk factors and psychosocial correlates. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2012; 6(1): 11-18.
19. Andover MS, Pepper CM, Ryabchenko KA, Orrico EG, Gibb BE. Self-mutilation and symptoms of depression, anxiety, and borderline personality disorder. *Suicide Life Threat Behav*. 2005; 35(5): 581-91.
20. Nock MK, Joiner TE, Jr., Gordon KH, Lloyd-Richardson E, Prinstein MJ. Non-suicidal self-injury among adolescents: diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Res*. 2006; 144(1): 65-72.

21. Gratz KL, Roemer L. The relationship between emotion dysregulation and deliberate self-harm among female undergraduate students at an urban commuter university. *Therapy*. 2008; 37(1): 14-25.
22. Klonsky ED, Muehlenkamp JJ. Self-injury: A research review for the practitioner. *J Clin Psychol*. 2007; 63(11): 1045-56.
23. Adams J, Rodham K, Gavin J. Investigating the "self" in deliberate self-harm. *Qual. Health R*. 2005; 15(10): 1293-309.
24. Zvolensky MJ, Vujanovic AA, Bernstein A, Leyro T. Distress tolerance theory, measurement, and relations to psychopathology. *Curr Dir Psychol Sci*. 2010; 19(6): 406-10.
25. Bornovalova MA, Gratz KL, Daughters SB, Hunt ED, Lejuez CW. Initial RCT of a distress tolerance treatment for individuals with substance use disorders. *Drug Alcohol Depend*. 2012; 122(1-2): 70-6.
26. Laposa JM, Collimore KC, Hawley LL, Rector NA. Distress tolerance in OCD and anxiety disorders, and its relationship with anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty. *J Anxiety Disord*. 2015; 33: 8-14.
27. Chapman AL, Gratz KL, Brown MZ. Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behav Res Ther*. 2006; 44(3): 371-94.
28. Klonsky ED. The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clin Psychol Rev*. 2007; 27(2): 226-39.
29. Nock MK, Mendes WB. Physiological arousal, distress tolerance, and social problem-solving deficits among adolescent self-injurers. *J Consult Clin Psychol*. 2008; 76(1): 28-38.
30. Bornovalova MA, Matusiewicz A, Rojas E. Distress tolerance moderates the relationship between negative affect intensity with borderline personality disorder levels. *Compr Psychiatry*. 2011; 52(6): 744-53.
31. Linehan MM. Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: Theory and method. *Bull Menninger Clin*. 1987; 51(3): 261-7.
32. Raes F. The effect of self-compassion on the development of depression symptoms in a non-clinical sample. *Mindfulness*. 2011; 2(1): 33-6.
33. Neff K. Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self Identity*. 2003; 2(2): 85-101.
34. Neff KD, Pisitsungkagarn K, Hsieh Y-P. Self-compassion and self-construal in the United States, Thailand, and Taiwan. *J Cross Cult Psychol*. 2008; 39(3): 267-85.
35. Germer CK. *The mindful path to self-compassion: Freeing yourself from destructive thoughts and emotions*. USA: Guilford Press; 2009.
36. Raes F. Rumination and worry as mediators of the relationship between self-compassion and depression and anxiety. *Pers Individ Dif*. 2010; 48(6): 757-61.
37. Neff KD, Kirkpatrick KL, Rude SS. Self-compassion and adaptive psychological functioning. *J Res Pers*. 2007; 41(1): 139-54.
38. Akin A, Akin U. Self-compassion as a predictor of social safeness in Turkish university students. *Rev Latinoam Psicol*. 2015; 47(1): 43-9.
39. Barnard LK, Curry JF. The relationship of clergy burnout to self-compassion and other personality dimensions. *Pastoral Psychol*. 2012; 61(2): 149-63.
40. MacBeth A, Gumley A. Exploring compassion: a meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clin Psychol Rev*. 2012; 32(6): 545-52.
41. Basharpour S, Atadokht A, Khosravinia D, Narimani M. Evaluating treatment motivation based on cognitive self-control and self-compassion in people with substance dependency. *J Guilan Univ Med Sci*. 2015; 23(92): 42-52.

42. Kearney DJ, Malte CA, McManus C, Martinez ME, Felleman B, Simpson TL. Loving-kindness meditation for posttraumatic stress disorder: A pilot study. *J Trauma Stress*. 2013; 26(4): 426-34.
43. Rivera AC. Mindfulness and self-compassion in relation to Borderline Personality Disorder. Alliant International University, ProQuest Dissertations Pub. 2013; 3591-3648.
44. Mohammadi R, Khanjani S, Rajabi M. Relation of distress tolerance and self-compassion with symptoms of borderline personality in people with borderline personality disorder Referred to one of the military hospitals. *J Police Med*. 2015; 4(3): 191-200.
45. Delavar A. Theatrical and practical fundaments of research in humanistic sciences. Tehran: Roshd pub; 2003.
46. Gratz KL. Measurement of deliberate self-harm: Preliminary data on the Deliberate Self-Harm Inventory. *J Psychopathol Behav Assess*. 2001; 23(4): 253-63.
47. Fliege H, Kocalevent RD, Walter OB, Beck S, Gratz KL, Gutierrez PM, et al. Three assessment tools for deliberate self-harm and suicide behavior: Evaluation and psychopathological correlates. *J Psychosom Res*. 2006; 61(1): 113-21.
48. Cerutti R, Manca M, Presaghi F, Gratz KL. Prevalence and clinical correlates of deliberate self-harm among a community sample of Italian adolescents. *J Adolesc*. 2011; 34(2): 337-47.
49. Simons JS, Gaher RM. The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motiv Emot*. 2005; 29(2): 83-102.
50. Azizi AR. Reliability and validity of the persian version of distress tolerance scale. *Iran J Psychiatry*. 2010; 5(4): 154-8.
51. Basharpour S. Psychometrics characteristics of the Persian version of self-compassion in university students. *J Res Psycho health*. 2013; 2(26): 66-75.
52. Van Vliet KJ, Kalnins GR. A compassion-focused approach to nonsuicidal self-injury. *J Ment Health Couns*. 2011; 33(4): 295.

## **Predict to self-injury behavior in men with borderline personality disorder based on their levels of distress tolerance and self-compassion**

Basharpour S<sup>1\*</sup>, Khanjani S<sup>1</sup>, Forogi AA<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Psychology Dept., University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, I.R. Iran; <sup>2</sup>Student, Clinical Psychology Dept., Tehran Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, I.R. Iran.

Received: 6/Jan/2016      Accepted: 29/May/2016

**Background and aims:** Self-injury behaviors in people with borderline personality disorder can be an important signs towards identifying these disorders and is accompanied with harmful consequences. The aim of the current study was to investigate predicting self-injury behavior based on distress tolerance and self-compassion in people with borderline personality disorder.

**Methods:** This research was a correlative descriptive study. All men with borderline personality disorder, referred to the psychiatric ward of Imam Sajjad (AS) hospital of Tehran in the first half of 2012, comprised the statistical population of current study. Ninety and four people were selected by convenience sampling from this population. After clinical interview, they were asked to respond to questionnaire of Deliberate Self-Harm and distress tolerance scales and self-compassion. Then, data were analyzed via Pearson correlation test and multiple regression analysis by SPSS software.

**Results:** The results showed self-harming behaviors have negative correlation with total score of distress tolerance ( $r=-0.26$ ,  $P<0.012$ ), and total score of self-compassion ( $r=-0.31$ ,  $P<0.002$ ). Also the results of regression analysis showed that 13% of variance of self-harming behaviors was explained by distress tolerance ( $F=3.23$ ,  $P<0.01$ ) and 31% variance of it was explained by self-compassion ( $F=6.55$ ,  $P<0.001$ ).

**Conclusion:** These results showed that the lack of distress intolerance and low self-compassion can predict self-harming behaviors of people with borderline personality disorder.

**Keywords:** Distress tolerance, Self-compassion, Self-harming behaviors, Borderline personality disorder, Men.

**Cite this article as:** Basharpour S, Khanjani S, Forogi AA. Predict to self-injury behavior in men with borderline personality disorder based on their levels of distress tolerance and self-compassion. J Shahrekord Univ Med Sci. 2017; 18(6): 102-114.

---

**\*Corresponding author:**

Psychology Dept., University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, I.R. Iran. Tel: 00989141402212,  
E-mail: basharpour\_sajjad@uma.ac.ir